

介護給付費過誤申立書

保険者番号	212121
保険者名	土岐市

事業所番号	
事業所名称	印
電話番号	
担当者	

下記のとおり介護給付費請求の取下げを依頼します。

年 月 日

	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	サービス提供月	サービス種類	過誤単位数	正規単位数	取下げ理由
例	1200123456	土岐 太郎	昭和10年10月10日	平成29年10月	通所介護	50,000	45,000	請求誤りのため
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								